TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Le tatouage substitué à la prothèse oculaire,

par L. de Wecker.

Il y a déjà plusieurs années que je fis campagne contre l'énucléation abusive pratiquée sans urgence *absolue*. Par urgence absolue, j'entends les cas où une ophtalmie sympathique a éclaté, ou bien lorsque l'on a des raisons sérieuses pour en craindre l'apparition, ou encore si l'œil est devenu le siège d'une néoplasie.

En dépit de mes efforts, il est incontestable que l'abus que l'on fait encore actuellement de l'énucléation est absolument criard. Combien d'yeux perdus par glaucome n'en lève-t-on pas, particulièrement en Angleterre, sans que ce cruel sacrifice offre la moindre garantie pour le congénère ! La curiosité de se rendre compte de ce qui s'est passé dans un œil perdu n'est encore que trop souvent le seul motif d'une opération que ne commandait nullement l'intérêt du malade, celui-ci admis dans un service hospitalier n'ayant pas toute sa liberté pour se soustraire à une intervention non justifiée.

Si vous voulez une preuve de ce que j'avance, parcourez les publications qui nous arrivent de l'étranger, en particulier de l'Allemagne et de l'Amérique, et demandez-vous dans chaque cas illustré par de magnifiques coupes, si réellement vous auriez cru l'énucléation urgente.

Une autre preuve nous est précisément fournie par les tentatives variées faites pour améliorer la prothèse si défectueuse après l'énucléation, en ayant recours à l'inclusion de boules de verre ou de métal, d'éponges, d'un œil de lapin, de vaseline, etc.

Pourtant, si vous vous ralliez à ce principe que l'énucléation ne doit être faite que d'urgence, vous constaterez aussi combien en réalité sont rares les cas où il faut se résigner à cette opération. Tout d'abord, personne ne nie plus que les inflammations sympathiques sont devenues rares et tendent encore à le devenir davantage, depuis que nous savons mieux procéder à l'occlusion des plaies de l'œil et à leur pansement aseptique. D'autre part, à quel chiffre minime se réduit en réalité le nombre des cas de néoplasies intra et extra-oculaires ? La nécessité d'enlever un œil à cause des souffrances qu'il occasionne peut, grâce aux moyens dont nous disposons actuellement, être exclue presque complètement.

La prothèse reste donc réservée aux cas où l'œil a été réduit par des blessures, par des perforations consécutives à des inflammations, ou à ceux où l'on a procédé par opérations à la réduction d'un œil démesurément distendu. C'est à de pareils yeux réduits spontanément ou par voie opératoire, seuls cas véritablement propices à la prothèse que je m'efforce actuellement d'épargner le port d'une pièce ; car nous n'avons qu'à recueillir les plaintes de ceux qui sont forcés de recourir à la prothèse pour nous rendre compte de combien d'inconvénients elle s'accompagne au point de vue matériel et surtout moral. On jugera aussi du véritable service que l'on rend ici en supprimant le memento perpétuel de la mutilation.

Ce qui m'a encouragé à m'efforcer de soulager ces infortunés, ce sont les deux raisons que vais exposer. La première est le perfectionnement si notable que le tatouage en général a subi dans ces derniers temps et dont on doit tâcher de faire profiter aussi le tatouage à pratiquer sur le globe oculaire. Que sont les grossiers dessins d'autres fois, formés de points mal assemblés, à côté des véritables compositions artistiques que l'on exécute sur la peau surtout en Chine et au Japon, et dont les Anglais se sont faits les propagateurs ? Pourtant je me rends parfaitement compte que l'œil rapetissé, avec sa sphéricité irrégulière, avec son recouvrement conjonctival plus ou moins mobile, ses cicatrices formées d'éléments divers et plus ou moins propres à recevoir le tatouage, offre des difficultés que l'on ne ren-

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

contre pas sur la peau du bras ou du tronc que l'on peut tendre et rendre plane et lisse ; mais on arrive néanmoins aussi sur pareils yeux à des résultats surprenants, comme vous en pouvez juger et cela sans qu'il soit nécessaire de posséder l'habileté consommée des Chinois et des Japonais, pourvu que l'on dispose de quelque aptitude pour le dessin comme mon fidèle collaborateur *Masselon*.

La seconde raison qui m'a guidé ici, c'est que j'ai trouvé le moyen de faire apparaître ces yeux réduits *plus grands* de façon à ce que leur volume semble égal à celui de l'œil sain, et, en outre, de rendre leur forme *régulière*. Ce moyen consiste à détacher très amplement les quatre muscles droits. Cette quadruple ténotomie, qui fait saillir de sa capsule l'œil réduit, agrandit la fente palpébrale et libère en même temps le moignon de la pression exercée sur lui par les muscles droits, en sorte que sa surface se régularise par l'effacement des dépressions qui résultent de la traction des quatre muscles droits. La motilité se rétablit néanmoins fort bien comme vous pourrez vous en rendre compte.

On a déjà proposé pareil détachement des quatre muscles droits dans le cas d'enophtalmie (Darier), mais je ne pense pas que ce moyen ait été mis en pratique, car, par la diplopie qu'il entraînerait forcément en tout sens, son emploi ne serait ici guère profitable. L'idée de faire saillir l'œil par une semblable opération n'est donc pas nouvelle, mais je ne pense pas qu'il en soit ainsi du but que j'ai poursuivi, c'est-à-dire *régulariser la forme de l'œil réduit en le débarrassant des sillons qu'y creuse la traction des muscles droits* (1).

Meilleure que tout raisonnement théorique sera la démonstration pratique.

Je fus sollicité il y a 3 ans par un jeune homme de le libérer par le tatouage du port d'une pièce artificielle que rendait nécessaire la perte de son œil droit à la suite d'un accident datant de l'enfance. Lorsque je le vis pour la première fois, je l'engageai à renoncer à toute idée d'abandonner la prothèse en faveur du tatouage, car bien rarement il m'avait été donné de voir le port d'une coque d'émail sur un moignon réduit et très mobile mieux dissimuler la perte d'un œil, Pourtant, suggestionné par l'idée de se soustraire à la servitude d'un œil artificiel, notre solliciteur revint à plusieurs reprises à la charge et, pour lui donner satisfaction, on se décida à l'opérer et à le tatouer. Chez lui, la prothèse n'était si parfaite que grâce à la présence d'un œil sensiblement réduit, sur lequel on voyait très nettement les empreintes des quatre muscles droits. Il ne restait sur ce moignon que fort peu de cornée et tout ici n'était rien moins qu'encourageant pour l'opération. Je sectionnai les quatre muscles droits et Masselon pratiqua le tatouage qui fut répété tous les trois ou quatre jours pendant cinq semaines, Rentré chez lui, l'on pouvait aisément soutenir devant les non initiés que l'œil perdu avait été guéri et avait reconquis sa vision. Qu'il pouvait tenir pareil langage, c'est ce que vous pourrez vous-mêmes apprécier.

Le confrère (car il s'agit d'un confrère) m'avait promis d'assister à notre séance, mais au dernier moment, j'ai reçu de lui le mot suivant : « Je suis désolé de ne pas vous donner cette petite satisfaction, mais autant je suis reconnaissant du bien que vous m'avez fait, autant je suis soucieux de ne rien perdre. Le résultat acquis est tellement nécessaire pour moi, je l'ai mérité par tant d'années de souffrances, que certainement vous ne m'en voudrez pas d'un sentiment que vous trouverez exagéré et bizarre, mais dont je ne peux me défendre ».

Son hésitation résulte, qu'en réalité, il avait laissé croire que son œil avait recouvré la vision. Ceux de nos collègues qui veulent se rendre compte que pareille illusion était très possible, peuvent voir l'opéré qui m'a promis de se rendre cet après-midi à ma clinique. Il leur sera possible de l'examiner dans le cabinet où je fais ma consultation particulière.

Masselon a pratiqué le tatouage d'un moignon chez une jeune fille fort jolie, appartenant à une famille très en évidence du Caire, à laquelle j'avais sectionné les quatre muscles droits de son œil gauche perdu par ophtalmie. Sur mes instances, elle a quitté le sérail pour s'installer pendant trois mois à ma clinique. Ici encore, le résultat obtenu par une très grande série de tatouages, a été si parfait que toute prothèse a été rendue inutile. Rentrée chez elle, cette jeune fille s'est mariée très peu

(1) Cette quadruple ténotomie pourra aussi être utilisée pour empêcher la trop grande réduction d'yeux voués à la pthisie par suite de blessures ou d'inflammations.

de temps après, sans risque d'être répudiée. A cette occasion, la mère nous a adressé une lettre de chaleureux remerciements.

En de telles circonstances, n'est-ce pas un véritable service que l'on rend à une jeune fille, à laquelle on épargne ainsi un bien pénible aveu à faire à un fiancé, qui est d'autant moins averti que la prothèse est plus parfaite.

Pour confirmer ce que j'avance, je vous présente une jeune fille de 19 ans, que son père nous avait amenée en demandant que l'on fît l'énucléation de son œil gauche, absolument blanc par suite d'une destruction complète de la cornée, mais dont le volume était sensiblement le même que celui de l'œil sain. Les conditions pour réduire cet œil sans l'énucléer et le rendre apte à une prothèse parfaite étaient excellentes, mais combien est préférable ici la substitution du tatouage à la prothèse, je vous en laisse vous-même juger. Chez elle, l'aveu de ne plus jouir de la vision de son œil, peut sans aucun scrupule être remis à une époque qui suivra le mariage, si toutefois on le croit nécessaire.

J'ai d'autant plus tenu à vous rendre juges *de visu* de ce que l'on est déjà à même d'obtenir maintenant par le tatouage, que nombre de nos confrères, peu familiarisés avec ce genre d'opération, tiennent encore actuellement le tatouage en médiocre estime. Mal renseignés sur les services qu'il peut rendre, certains n'hésitent pas à déclarer que les résultats obtenus « ont été exagérés ». Moi-même j'avoue que, après avoir entendu le simple exposé des faits, je serais enclin à penser qu'il peut y avoir quelque exagération mais en voyant les opérés, on est pourtant bien forcé de se rendre à l'évidence.

II

L'opération de la cataracte secondaire (1).

Par le Professeur Pflüger (de Berne).

L'opération de la cataracte secondaire est une des questions qui resteront à l'ordre du jour des oculistes aussi longtemps que dureront leurs grandes divergences d'opinion sur ce sujet important de leur pratique journalière.

Je ne me propose pas d'épuiser la grande question qui a donné lieu à de fertiles discussions au sein de la Société ophtalmologique française (1890, rapport de Dufour) et au sein de la Société ophtalmologique de Paris (1901, communication de Valude).

Malgré le nombre restreint des principes fondamentaux de l'opération, la variété de la technique est abondante et se multipliera encore. La qualité des cataractes secondaires étant très différente demande souvent des procédés très appropriés au cas spécial et c'est là que le tact de l'opérateur et son art personnel sont mis à l'épreuve.

Permettez-moi de parler ici en premier lieu des risques possibles de l'opération de la cataracte secondaire et des moyens de les prévenir tout en tenant compte de « ce qu'il faut choisir l'opération qui donnera le meilleur résultat en faisant courir au malade le moins de dangers ».

Quels sont les risques de l'opération ?

1° Infection primaire de la plaie ;

2° Infection secondaire de l'intérieur de l'œil transmise par les fils ténus de corps vitré fixés dans les points d'introduction des instruments à travers la cornée ou à travers son bord ;

3° Réaction inflammatoire fâcheuse de l'uvée en suite de tiraillements exercés sur le bord de l'iris et sur le corps ciliaire, ou produite par une opération exécutée sur un œil qui ne s'était pas encore tranquillisé complètement après l'extraction ;

4° Réaction maladive du corps vitré :

a) Dégénération fibrillaire avec décollement de la rétine.

b) Opacités plus ou moins intenses dans ses couches antérieures (Cataracta tertia),

Les réactions maladives du corps vitré sont les complications fâcheuses ou *d'enclavement* ou *d'écoulement de corps vitré* pendant l'opération, le plus souvent sous forme de fils ténus fixés dans les circatrices cornéennes. Chaque enclavement ou prolapsus de corps vitré ne donne pas lieu heureusement à des conséquences compromettant la fonction totale ou partielle de l'organe. Mais jamais l'opérateur ne sait d'avance si ces complications de l'opération du côté du corps vitré ne produiront pas de réactions dans ce dernier.

Il faudra donc prévenir les quatre catégo-

(1) Communication faite à la Société française d'ophtalmologie.

ries d'accidents possibles mentionnées plus haut, la probabilité de la première, de l'infection primaire, étant en réalité très minime. Quant aux autres, il nous faut un diagnostic très minutieux de la nature de la cataracte secondaire dans chaque cas individuel, à l'aide d'un bon éclairage artificiel et dans la mydriase maximale. Le diagnostic exact nous donnera les indications précises pour le choix de l'opération.

Il ne suffit pas de différencier deux classes de cataracte secondaire — cataracte secondaire simple et cataracte secondaire compliquée —, ou trois catégories — membranes fines sans synéchies iriennes, cataracte secondaire moyenne et cataracte secondaire épaisse.

Les cataractes secondaires moyennes représentent une longue échelle de très différentes variétés. Des adhérences isolées ou multiples sont très fréquentes. Tandis que l'extraction combinée se prête souvent à l'obtention d'une partie claire du champ pupillaire dans la région du colobome artificiel, l'extraction simple produit assez souvent des cataractes secondaires minces légèrement adhérentes à de nombreux points du bord pupillaire. Pour prévenir le prolapsus de l'iris, l'atropine n'est instillée à l'ordinaire qu'après le rétablissement de la chambre antérieure, sauf les cas où la chambre antérieure tarde à se remplir.

Fréquemment je vois des cataractes secondaires minces au centre, épaisses à la périphérie, formant un anneau blanc très résistant, contenant un bourrelet annulaire, ratatiné concentriquement, qui n'adhère aux procès ciliaires que par des fibrilles tendues et raréfiées de la zone de Zinn. Ces fibrilles se rompent dès que l'opérateur ne se borne pas à la création d'une petite fenêtre centrale et donnent lieu au déplacement du bourrelet dans le champ pupillaire d'où il sera difficile de l'éloigner par déplacement derrière l'iris du côté opposé. L'extraction dans ces conditions ne se fera pas sans perte de corps vitré.

La résistance de la cataracte secondaire varie énormément. Des membranes en apparence très solides se coupent souvent facilement, tandis que des membranes plus minces garnies de quelques fils épaissis fuient l'instrument, se laissant étendre comme du caoutchouc.

L'opérateur le plus expérimenté trouvera des inattendus. Une légère hypotonie, comme dans certains cas de cataracte congénitale, de cataracte uvéitique, de cataracte traumatique, ou l'hypotonie après l'écoulement de l'humeur aqueuse rendent la discision de ces filets encore plus difficile.

Tandis que l'infection primaire de la plaie ne se verra presque plus, l'infection secondaire ne disparaîtra pas complètement aussi longtemps qu'on cherche la voie d'introduction des instruments à travers la cornée transparente, cette voie disposant à des enclavements de corps vitré.

Des fils vitro-cornéens adhérents une fois établis et diagnostiqués à temps, un traitement attentif et prolongé pourra prévenir l'*infection* de *l'œil* par le moyen de ces fils.

L'effet nuisible de ces fils tendus sur la nutrition du corps vitré ne saurait être influencé.

C'est le mérite du Prof. Kuhnt, de Kœnigsberg, d'avoir conseillé de n'introduire le couteau de Knapp ni à travers la cornée, ni à travers le limbe, mais à travers la partie avoisinante de la sclérotique en perçant la conjonctive déjà à 3 ou 4 mm. du limbe. Depuis que j'ai suivi le conseil de Kuhnt, je n'ai plus jamais eu le chagrin de rencontrer des fils vitro-cornéens tendus enclavés dans les points de perforation. Il semble que le travail approfondi de Kuhnt; *Ueber Machstaar operationen* n'ait pas été suffisamment apprécié.

Chaque procédé opératoire qui permet un écoulement ou un enclavement de corps vitré peut donc devenir fatal dans des circonstances défavorables. Aucun procédé exigeant l'ouverture de la chambre antérieure et l'écoulement de l'humeur aqueuse n'est donc exempt de risques.

Chaque entrée d'un couteau linéaire (couteau de Graefe ou mieux couteau de Nicati), d'une lance dans la chambre antérieure sans ou avec introduction d'instruments auxiliaires, tels que kystotome, pince-capsulaire, peut donner lieu à une fuite de corps vitré et le donne d'une manière sûre quand le corps vitré est liquéfié, La plus petite lésion de l'hyaloïde dispose à la perle du corps vitré et chaque augmentation de la tension intraoculaire par la contraction des muscles extérieurs aide à rompre la perle, surtout sur des sujets peu dociles. La narcose et j'entends la *narcose profonde* ne pourra être évitée en beaucoup

de cas. L'extraction de la cataracte secondaire et l'incision avec la pince-ciseaux peuvent certainement se faire sans perte de corps vitré, si l'indication pour ces opérations est précise et si la technique est délicate et parfaite. Mais chaque opérateur aura vu s'écouler du corps vitré pendant ces opérations et ne se sentira jamais à l'abri de cet accident.

C'est pourquoi il faut limiter à leurs indications strictement nécessaires ces deux opérations, dont nous ne pourrons plus nous dispenser en certains cas de cataractes secondaires.

Il est des cas, surtout après l'extraction de cataractes uvéitiques, dans lesquels la capsule épaisse cède à la moindre traction d'une pince capsulaire et sort de l'œil, sans laisser échapper la moindre parcelle de corps vitré et cela avec un résultat objectif immédiat, absolu. Il n'est pas rare que la capsule antérieure soit déjà fortement épaissie et dégénérée lors de l'extraction de la cataracte. Dans ces cas, j'emploie la pince-capsulaire et le système cristallinien entier cède assez souvent à la traction la plus douce. En peu de semaines, au courant du semestre passé, j'ai exécuté trois extractions de cataracte dans la capsule à l'aide de la pince capsulaire sans iridectomie et sans perte de corps vitré. L'extraction de la cataracte dans sa capsule n'est pas facile ni dans ses indications ni dans sa technique; mais, bien exécutée, elle donne de superbes résultats tout en supprimant bon nombre de cataractes secondaires.

L'application de l'extraction totale de la cataracte secondaire à un plus grand nombre de cas me paraît trop dangereuse. Dans certains cas de cataracte arido-siliquata congénitale et dans des cas de cataracte secondaire après des cataractes traumatiques on trouve quelquefois la zonule déchirée d'un côté. L'indication pour l'extraction semble se poser nettement, on sort facilement une partie de la capsule hors de l'œil, mais le reste adhère fortement à une partie de la zonule plus forte en apparence qu'à l'ordinaire. Là, on fera mieux d'arrêter la traction et de couper les parties mobilisées par des ciseaux. L'extraction forcée ou simplement les essais prolongés de l'extraction de la cataracte exposent aux réactions uvéitiques tenaces. Dans la majorité des cas, il sera impossible de se rendre compte d'avance de la résistance de la zonule.

Rien n'égale la pince-ciseaux, un des plus grands mérites de de Wecker pour l'opération des cataractes secondaires épaisses adhérentes qui ne contiennent pas seulement des éléments capsulaires et cristalliniens, mais aussi des produits inflammatoires. Sur ce point tous les confrères sont d'accord. La pince-ciseaux coupe sûrement aussi toutes les autres variétés de cataractes secondaires et j'ai été des années où je n'opérais presque qu'avec la pince-ciseaux comme le conseille maintenant Valude.

Mais la sortie de corps vitré dans quelques cas, malgré toutes les précautions, malgré les narcoses, m'a fait voir qu'il existe grand nombre de cataractes secondaires que l'on opère avec moins de risques à l'aide d'un autre procédé qu'avec la pince-ciseaux.

La pince-ciseaux, modifiée par Levinsohn et qui doit pénétrer dans la chambre antérieure sans incision préliminaire avec la lance, ne tient pas ce qu'elle promet; souvent on est forcé de préparer le chemin par une petite incision au limbe en outre le mouvement des branches s'oppose à une occlusion complète de la chambre antérieure. Une garantie contre l'enclavement ou la perte d'une perle de corps vitré n'existe donc pas. Un perfectionnement ultérieur de la construction permettra probablement d'atteindre mieux au but proposé,

Le principe fondamental des opérations de la cataracte secondaire me semble consister dans la prévention de l'écoulement de l'humeur aqueuse. Pour cette raison, j'en suis revenu aux instruments dont le tranchant se continue dans une partie émoussée qui tient fermée hermétiquement la chambre antérieure. Les aiguilles de Bowman, les serpes de tout genre, je les ai maniées. Le couteau de Knapp introduit sous la conjonctive et à travers la sclérotique me semblait mériter la préférence.

Après la publication de Stilling, j'ai opéré bon nombre de cas avec les harpons de cet auteur, les introduisant périphériquement, et en réalité beaucoup de cas s'opèrent de la manière la plus facile et la plus agréable sans perte d'humeur aqueuse et sans aucune réaction. On réussit surtout bien à dissoudre les multiples et tendres synéchies postérieures après l'extraction simple à voir se rétablir la pupille normale ronde et mobile.

L'inconvénient des harpons se trouve dans la difficulté de les sortir, la pointe tournée en

arrière, s'accrochant assez souvent dans le tissu de la sclérotique.

Ayant passé de mauvais moments à cause de cette difficulté de sortir le harpon, j'ai fait ajouter une partie mobile pour couvrir la seconde pointe, un curseur qui après perforation de la chambre antérieure est retiré au moment de l'opération même et avancé de nouveau avant la sortie de l'instrument de l'œil. Ce curseur protecteur avait été d'abord construit émoussé ; il est aigu dans le dernier modèle et il a l'avantage de perforer plus facilement la sclérotique.

Les mouvements des harpons sont plus faciles et plus simples que les mouvements des serpes et des couteaux. Le harpon est simplement avancé et retiré. Pour agir sur la capsule, il ne faut que la toucher, si elle n'est pas trop épaisse. Le danger de léser le corps vitré plus ou moins profondément est plus facile à éviter qu'on opérant avec des serpes ou des couteaux, surtout si ceux-ci entrent à travers le limbe ou la cornée, au lieu de pénétrer la sclérotique, nécessitant ainsi une inclinaison plus prononcée de la lame. Dans les cas où l'on ne réussit qu'à former une fente dans la cataracte secondaire grâce à sa grande élasticité et tenacité, il faut se servir du second harpon qu'on fait entrer vis-à-vis du premier dans la chambre antérieure. A l'ordinaire, ce côté opposé est le côté du nez et il faut alors une construction spéciale. Tandis que le harpon simple Stilling, courbé en angle obtus, se laisse manier facilement du côté du nez, le curseur ne chemine que sur la forme ronde donnée à l'instrument, comme l'a trouvé notre chef de clinique, le Dr Urbahn.

La grande majorité des cataractes secondaires moyennes cèdent aux actions combinées des deux harpons. Ces actions réussissent quelquefois à déchirer des fils très élastiques en les serrant entre les harpons et les curseurs avancés, mais il en reste pourtant quelques unes qui résistent. C'est surtout dans les cas de cataractes secondaires annulaires déjà mentionnés et dans ceux où la membrane est renforcée par des fils élastiques capables de s'allonger du double et qui ne peuvent se couper par une lame sans être appuyés sur un support solide.

Dans ces cas, il faut renoncer aux tentatives ultérieures avec les harpons, il faut les dégager scrupuleusement de ces fils avant de les retirer. La combinaison de l'action d'un harpon dans une main avec celle du couteau de Knapp dans l'autre main ou de deux couteaux de Knapp comme je l'ai employé quelquefois ne réussit pas mieux que les deux harpons.

Il ne nous reste que les instruments agissant dans le sens de ciseaux qui pourraient achever l'opération.

Mais l'introduction de la pince ciseaux de de Wecker dans un œil où il y a déjà large communication entre la chambre antérieure et le corps vitré ne s'effectuera pas sans perte de corps vitré, accident redouté parce qu'incommensurable dans ses suites.

Je vois trois possibilités d'arriver à couper ces fils élastiques sans perte de corps vitré :

1° Par une pince-ciseaux à principe de Levinsohn qui entre plus facilement par le bord de la sclérotique, et bouche complètement la chambre antérieure.

2° Par un procédé analogue à celui de Longnon qui embroche les opacités pupillaires dans la chambre antérieure avec une aiguille cannelée et les coupe avec une aiguille serpette sur l'aiguille cannelée.

Longnon ponctionne la cornée sur deux points symétriques à deux millimètres du limbe avec les deux aiguilles, favorisant ainsi la formation de synéchies capsulaires ou vitréennes antérieures. La ponction toute périphérique de la chambre antérieure par les aiguilles serait donc préférable.

3° Par le harpon à double lame glissante introduit à travers la sclérotique dans la chambre antérieure.

Cet instrument se compose de deux lames tranchantes, dont l'une, en forme de harpon, accroche et fixe la membrane, les fils élastiques, si elle n'est pas capable de les séparer. La seconde lame tranchante, glissant le long de la première lame et retirée, une fois la chambre antérieure ponctionnée, est poussée en avant par le pouce et coupe les opacités fixées par la lame harpon.

Ce harpon à double lame m'a déjà rendu de bons services dans des cas où je n'aurais guère pu réussir par d'autres procédés, surtout dans des cas d'extrême liquéfaction du corps vitré, ainsi que dans des cas où la première opéra-

tion de la cataracte secondaire n'a pas donné une ouverture pupillaire suffisante. Permettez-moi de mentionner seulement le cas d'un vieillard avec cataracte et synechysis complète des deux côtés. L'extraction de l'œil droit se fit avec perte de corps vitré — plus aqueux que vitré. La plaie guérie, tout le sphincter était enclavé dans la cicatrice de la section, la moitié inférieure de l'iris fortement tirée en haut, mais quand même tremblotante, comme étendue sur de l'eau, le harpon à double lame arriva à inciser l'iris sans perte d'une goutte de liquide et à produire une pupille ronde centrale de 4 mm. de diamètre.

Cet instrument permet d'ailleurs d'autres opérations délicates dans la chambre antérieure à contenu inaltéré, la dissection de synéchies antérieures de l'iris, de la capsule et du cristallin même, après des perforations traumatiques ou ulcéreuses de la cornée. Toute une série de pareilles opérations m'ont donné grande satisfaction.

Je résumerai ainsi les conclusions de ma communication :

Dans les opérations de la cataracte secondaire, il faut éviter le plus possible l'écoulement de l'humeur aqueuse pour prévenir le plus sûrement l'enclavement et la perte de corps vitré. C'est pour cela qu'il faut introduire les aiguilles, les serpettes, les harpons dans la chambre antérieure à travers la sclérotique et non pas à travers le limbe ou même à travers la cornée. L'extraction de la cataracte secondaire devra être limitée à ses indications restreintes et précises.

L'opération de de Wecker avec la pince-ciseaux, le meilleur procédé pour les cataractes secondaires épaisses et fortement adhérentes, pourrait être largement étendue à un grand nombre de cataractes secondaires moyennes par une construction perfectionnée de son instrument qui lui permettra d'agir sans écoulement d'humeur aqueuse.

En attendant, le harpon à double lame glissante nous rendra de bons services dans les cas difficiles où d'après les procédés employés jusqu'ici l'écoulement d'humeur aqueuse était inévitable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès tenu à Paris du 5 au 8 mai.

DISCUSSION DES RAPPORTS.

1° Sur les complications orbito-oculaires des sinusites.

(Voir le compte rendu de ces rapports dans le numéro précédent).

M. A. Terson. — Les rapports de l'orbite avec les trois sinus sont si intimes, si immédiats, qu'il serait juste de leur donner le nom de *sinus péri-orbitaires*, nom que j'ai proposé il y a plus de dix ans. Les noms de sinus *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire*, *rétro-orbitaire*, conviennent même mieux, à mon avis, aux divers sinus que leur appellation habituelle. C'est en effet leur situation *juxta-orbitaire* qui explique leur retentissement pathologique et c'est elle seule qui nous intéresse.

J'ai observé dans ces dernières années plusieurs lésions oculaires provoquées par des sinusites. Certaines comptications furent relativement bénignes. Chez un jeune homme, une sinusite frontale détermina un énorme abcès qui s'ouvrit dans l'angle interne de l'orbite en intéressant la région prélacrymale. Mais, par suite de la position antérieure, il ne détermina ni exophtalmie, ni phlegmon postérieur, ni lésion de l'œil. Chez une jeune Anglaise, une sinusite maxillaire s'ouvrit sur le plancher de l'orbite, mais ne détermina pas non plus de phlegmon postérieur. Une fistule s'établit à travers la paupière inférieure, et se ferma par les soins donnés à la sinusite. Un léger ectropion nécessita une opération plastique réparatrice. Chez un homme de lettres, une sinusite maxillaire suraiguë provoqua un violent larmoiement pendant plusieurs années. La malade refuse l'opération de la sinusite à un rhinologiste, et sinusite et larmoiement guérirent spontanément peu à peu, comme on en observe des cas, et sans aucune récidive. J'ai vu également des névralgies unilatérales du trijumeau avec *asthénopie* unilatérale attribuables à des sinusites frontales latentes et durant depuis des années.

Au cours d'une sinusite maxillaire chez une

femme de 30 ans, il se produisit un *décollement rétinien* qui devint total, et sans qu'il y ait eu de phlegmon de l'orbite.

Enfin, chez un vieillard atteint d'une sinusite maxillaire ancienne, une périostite volumineuse du plancher de l'orbite se développa, avec exophtalmie et stase papillaire. L'abcès orbitaire fut ouvert, la sinusite maxillaire ouverte également par l'alvéole. De larges drainages et irrigations firent tomber de suite la fièvre et le pus, tout en laissant le nerf optique s'atrophier. Le malade était considéré comme allant bien, lorsqu'un mois après il succomba à une méningo-encéphalite à marche brusque. De tels cas, comme celui publié par Panas en 1895, où le malade était mort brusquement alors qu'il était opéré depuis plusieurs semaines, et en bon état apparent, prouvent que l'on observe quelquefois de graves complications tardives, alors que les opérés, munis d'un drain ou porteurs d'une fistule, semblent hors de danger. Les méthodes nouvelles et larges évitent peut-être plus que les anciennes les récidives orbitaires et il eût été bon que le rapport nous eût bien fixés sur ce point.

J'ai vu enfin plusieurs fois des *dacryocystites* purulentes chez des malades atteints de sinusites, évidemment par la même infection nasale.

M. Péchin. — La nature de la mucocèle est encore discutée ; il n'est pas certain qu'il s'agisse d'une infection atténuée ; pour cette raison, M. Péchin pense qu'on aurait dû écarter la mucocèle du sujet.

Parmi les causes déterminantes qui peuvent jouer un rôle dans les complications sinusitiques on doit faire mention des lésions locales et des corps étrangers.

Certains cas de plegmon de l'orbite et de phlébite des sinus au cours d'infections générales, de l'érysipèle entre autres, sont des complications sinusitiques ignorées. Le mérite de ce rapport sera d'appeler l'attention sur ces complications.

On a, sans en fournir la preuve, considéré comme des ethmoïdites aiguës certains états phlegmoneux, avec retentissement orbitaire et palpébral, état général quelquefois grave, et induration de la paroi interne de l'orbite. Cette affection, d'un pronostic bénin à en juger par les observations connues, n'est pas encore classée. Il serait hâtif d'en faire une complication sinusitique.

M. Péchin rapporte une observation de sinusite maxillaire consécutive à une extraction dentaire, précédée trois mois avant d'une amblyopie très accentuée ayant débuté au moment même de l'extraction dentaire et qui a persisté depuis. Ces phénomènes doivent être considérés comme distincts, non dépendants l'un de l'autre. L'amaurose est d'origine hystéro-traumatique ; les détails de l'observation justifient ce diagnostic. Ce fait montre que, lorsqu'il n'y a pas infection, avant d'admettre une origine réflexe bien contestable, il faudra penser à l'hystérie.

M. Rollet rapporte neuf observations inédites de sinusites frontales et maxillaires avec accidents orbito-oculaires. Il en conclut qu'il faut intervenir et pratiquer, en cas de suppuration, un drainage transinusique (fronto-orbitaire, vestibulo-orbitaire) ; on préviendra ou l'on guérira ainsi les complications qui se manifestent si souvent du côté du globe ou du nerf optique.

Jocqs. — Je remercie et félicite M. de La personne de son rapport clair et précis, qui a mis au point cette question des complications orbito-oculaires des sinusites, ce qui permettra à chacun de nous d'apporter sa contribution à l'étude de cette question.

Pour ma part, j'ai observé trois cas instructifs à des points de vue différents.

1° Un homme de 52 ans se présente à l'hôpital avec un phlegmon chronique de l'orbite, exophtalmie et fistule à l'angle supéro-interne. Le malade refuse l'opération. Bientôt surviennent des troubles oculaires graves ; fortes douleurs, puis kératite neuroparalytique. Plus tard, le malade meurt avec des symptômes de méningo-encéphalite. A l'autopsie, on trouva la paroi inférieure du sinus frontal détruite et le fond de l'orbite transformé en cloaque où se confondaient les vaisseaux et les nerfs de la fente sphénoïdale et du trou optique. Le pus baignait la face inférieure du cerveau.

2° Un enfant de 10 ans avait un abcès froid au-dessous de la tête du sourcil. L'incision donna issue à du pus et permit d'enfoncer un stylet jusqu'à l'os. Une incision de plusieurs centimètres le long du rebord orbitaire supérieur permit de voir que l'abcès venait d'un très petit sinus frontal dont la paroi orbitaire

était presque toute détruite. Après curettage, lavage antiseptique énergique et compression, la réunion eut lieu par première intention.

3° Mon troisième cas est celui qui est signalé par M. de Lapersonne dans son rapport et que j'ai publié dans *La Clinique ophtalmologique*, 1898. Ici chez un homme atteint de sinusite frontale et maxillaire, c'est un symptôme oculaire, la diplopie, qui m'a mis sur la voie du diagnostic. Le globe de l'œil était comprimé et gêné dans son mouvement d'élévation par l'abcès du sinus.

Ainsi ces trois cas sont instructifs chacun à un point de vue différent.

Le premier est une preuve des graves complications qui peuvent suivre une sinusite frontale non soignée.

Le deuxième montre qu'on peut observer la sinusite chez l'enfant et que parfois l'opération par voie orbitaire suffit à la guérison.

Dans le troisième nous voyons que ce sont parfois les symptômes oculaires seuls qui peuvent mettre sur les voies du diagnostic d'une sinusite frontale.

M. Vacher fait l'examen rhinologique complet des malades qui se présentent à lui avec des affections oculaires graves. Il cite deux cas de sinusites méconnues qui donnèrent lieu à des accidents sérieux. M. V. a constaté plusieurs fois des névrites optiques unilatérales coïncidant avec une pharyngite sèche. Or la pharyngite sèche est très souvent un symptôme de sinusite sphénoïdale. M. V. est partisan des larges ouvertures dans le traitement des sinusites parce que ces complications oculaires sont le résultat des cavités closes suppurantes et non pas d'empyèmes ouverts, dont on peut modifier les parois par des irrigations ou des cautérisations prudentes.

M. Dianoux, chez un malade atteint de mucocèle du sinus frontal, a observé une hernie de la substance cérébrale sous forme de polype. La guérison eut lieu sans complications.

M. Landolt. — Le rapport de M. de Lapersonne aura le grand mérite d'avoir limité le nombre des amblyopies sans causes apparentes et d'avoir fait gagner à la thérapeutique un champ d'action nouveau, vaste et fertile.

M. de Wecker est surpris que la discussion ne porte pas davantage sur les sinusites sphénoïdales susceptibles d'expliquer certaines lésions du nerf optique. En tout cas, il doit ressortir de ce rapport que, dans tous les cas de névrite rétrobulbaire, de papillite, d'amblyopie avec atrophie commençante du nerf optique, il faut examiner les sinus.

M. Morax fait remarquer que, depuis que Berger a émis l'hypothèse de l'origine sinusienne de la névrite rétrobulbaire, aucun fait n'est venu l'infirmer ou la confirmer. M. M. croit que la syphilis joue un rôle fréquent dans la propagation à un sinus d'une infection de la muqueuse nasale. Souvent ces iritis et choroïdites observées au cours d'une sinusite pourraient trouver leur explication dans une infection générale syphilitique mieux que dans une infection locale sinusienne.

M. de Wecker répond à M. Morax que les faits négatifs ne prouvent rien, mais que les faits positifs ne tarderont pas à se produire, comme celui observé à sa clinique par un de ses élèves, M. Trantas, et publié dans les *Archives d'ophtalmologie*.

M. Motais croit que la propagation infectueuse à l'œil doit se faire par l'intermédiaire de l'espace lymphatique de Tenon et de là à la choroïde par les orifices des vasa vorticosa.

M. Pflüger cite un cas où, avec les symptômes classiques d'une sinusite frontale, il fut reconnu à l'opération qu'il s'agissait d'une tuberculose étendue des os frontal et pariétal.

2° La cécité et les aveugles en France.

M. Chavasse (médecin militaire du Val-de-Grâce) trouve que la définition de MM. Trousseau et Truc, qui fait commencer la cécité au dessous de 0,1 de vision est trop large. Avec 1/20 et même 1/25, des hommes peuvent encore gagner leur vie. On pourrait donc peut-être admettre deux sortes de cécité : la cécité vraie, lorsque toute vision distincte a disparu ou que le sujet ne peut plus compter les doigts à 0 m. 50, et la cécité professionnelle, qui commencera avec une acuité réduite à 1/15 ou 1/20 par exemple.

M. Chavasse présente une statistique portant sur le nombre de jeunes gens enlevés chaque année à l'armée par la cécité bilatérale et unilatérale (de 1891 à 1900).

Il en ressort que le nombre des aveugles hommes arrivés à la vingtième année est resté assez sensiblement stationnaire dans ces dix dernières années, oscillant du chiffre minimum

de 2,60 pour 10000 en 1894, au chiffre maximum de 3,89 en 1891 et que la moyenne annuelle des hommes de vingt ans aveugles, soit de naissance, soit par maladie, soit par accidents, est de 3,17 pour dix milie.

M. Golesceano résume les causes de la cécité suivant les âges, d'après un travail qu'il a fait à ce sujet à la Clinique des Quinze-Vingts et dont nous retrouvons les conclusions dans le rapport.

M. Péchin. — Contrairement à l'opinion de M. Trousseau, je ne crois pas que la méthode de Crédé constitue un excellent moyen de prophylaxie de la conjonctivite purulente gonococcique des nouveau-nés. Pour faire bien et je reconnais que c'est difficile dans la pratique, puisque même à Paris, j'ai eu des examens contradictoires, erronés, il faudrait dès le début d'une suppuration procéder à un examen bactériologique afin de savoir à qui l'on a affaire. En instillant préventivement du nitrate d'argent à 2 p. 100 on risque de déterminer des taies cornéennes, de provoquer une suppuration qui devient la cause d'un nouveau danger, et cela pour lutter contre une infection qui n'existe peut-être pas, probablement pas, étant donné les mesures préventives prises déjà du côté de la mère et qui, si elle existe, peut être une infection de nature variée ou même gonococcique bénigne. C'est pourquoi je repousse la méthode de Crédé. On dit que les statistiques lui sont favorables ; mais les autres méthodes également ont des statistiques favorables. On vante tour à tour les antiseptiques les plus énergiques ou l'abstention. C'est un tort des deux côtés. Pour ma part, je recommande un lavage minutieux, bien fait, des bords palpébraux avec de l'eau bouillie savonneuse, des soins de propreté de la face particuliers et le lavage des yeux avec une solution de borate de soude. Généralement les choses se passent bien et l'on a évité les accidents que peuvent donner le nitrate d'argent ou d'autres agents tels que le sublimé.

M. Jocqs.—A l'école Braille, sur 229 sujets examinés, M. Trousseau a trouvé que la conjonctivite purulente des nouveau-nés avait occasionné la cécité 100 fois.

De cette énorme proportion d'aveugles par conjonctivite purulente chez les enfants parisiens, M. Trousseau conclut que la prophylaxie de cette maladie est beaucoup moins bien organisée à Paris qu'en province. Je ne suis pas de son avis à ce sujet, car je crois que la plupart de ces aveugles le sont devenus en dehors de Paris. Il ne faut pas oublier, en effet, que beaucoup d'enfants parisiens sont placés en nourrice dans les départements voisins de la Seine. Là ils sont mal surveillés, mal soignés et lorsqu'une conjonctivite purulente se déclare, elle est le plus souvent soignée d'après les conseils d'une sage-femme ou d'une commère. Pour ma part, dans le courant d'une seule année, j'ai vu deux nourrissons devenus aveugles de cette manière. J'ai été obligé de déclarer qu'il n'y avait plus rien à faire. C'étaient de futurs pensionnaires de l'école Braille.

Il faut reconnaître, d'ailleurs, que les médecins eux-mêmes sont encore trop ignorants de la gravité de la conjontivite purulente, ainsi d'ailleurs que des autres maladies oculaires et de leur traitement. Et je m'associe très volontiers à M. Trousseau lorsqu'il dit : « Il serait désirable que tout praticien fût au courant des soins à donner aux enfants contaminés et que de sérieuses interrogations fussent faites aux examens sur cette matière ». D'une manière générale, d'ailleurs, si l'on ne peut pas exiger de tous les médecins qu'ils sachent traiter toutes les affections oculaires, au moins devrait-on exiger d'eux qu'ils pussent en reconnaître la gravité pour les adresser sans retard aux spécialistes. L'instruction plus répandue de l'ophtalmologie diminuerait considérablement le nombre des aveugles en France.

M. Boë. — Dans le mémoire que nous présente l'honorable rapporteur, je lis ces mots : on embrasse trop aisément la spécialité ophtalmologique, tous les oculistes ne sont pas dignes de ce nom ; n'y aurait-il pas quelques mesures de garantie à prendre qui permettent l'affirmation de la compétence ?

Il est bien regrettable que ce scrupule exprimé par M. Trousseau n'ait pas été éprouvé par Gambetta quand il créa la Clinique, dite Nationale, des Quinze-Vingts pour le compte de son ami Fieuzal qui ne connaissait pas l'Ophtalmologie.

Il y a un point dans cette histoire qui n'a pas encore été bien éclairci.

Fieuzal sollicitait un poste officiel quelconque ; il aurait hésité à accepter celui que lui offrait Gambetta, objectant qu'il ne connaissait pas les maladies des yeux et Gambetta

lui aurait répondu. « Cela ne fait rien, mon ami, tu les apprendras ».

Gambetta a-t-il réellement prononcé ces paroles ? il serait honorable de penser, pour la mémoire de notre confrère Fieuzal, qu'il ait hésité tout d'abord à accepter un tel emploi. Y a-t-il dans l'Assemblée quelqu'un de mes confrères qui pourrait éclaicir ce point d'histoire ?

M. de Wecker répond à M. Boë que la personne à laquelle il fait allusion ne peut être que lui. Il s'agit d'un article qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* intitulé : « L'œil de Gambetta ». M. Fieuzal protesta contre le propos que Gambetta aurait tenu à son égard, mais M. de Wecker affirme son exactitude. D'ailleurs, il connaît bien quel était le bagage ophtalmologique de Fieuzal, puisque celui-ci a commencé à fréquenter sa clinique pendant un an 1/2 à 2 ans seulement après avoir été nommé médecin des Quinze-Vingts.

M. Landolt reconnaît avec les auteurs du rapport l'importance de la disparition des maladies générales occasionnelle pour la diminution de la cécité.

La myopie est grave surtout par ses complications ; mais cette maladie n'a pris place dans les statistiques de la cécité que depuis qu'on l'attaque chirurgicalement.

Il s'associe à eux dans la recherche d'une amélioration morale et matérielle du sort des aveugles. Il rappelle que, dans certains pays, les aveugles se livrent au massage ; ce serait pour eux une carrière nouvelle.

MM. de Wecker, Dufour, Javal, entament une discussion intéressante sur l'habitus extérieur, et l'affinement des sens des aveugles.

M. de Lapersonne propose, comme sanction à ces rapports de MM. Trousseau et Truc, qu'il soit nommé une commission chargée de représenter aux Pouvoirs publics la nécessité de rechercher les moyens les plus propices à enrayer les progrès de la cécité.

M. Parisotti demande que cette question devienne le sujet d'une enquête internationale.

BIBLIOGRAPHIE

H. Le Roux. — **De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.** (*Thèse de Paris*, 1902. Steinheil, éditeur.)

Dans ce travail éminemment pratique, l'auteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous donne les résultats qu'il a obtenus à la clinique de l'Hôtel-Dieu, dans le traitement dioptrique du strabisme. On ne trouvera sans doute, dans cette thèse, rien de nouveau, elle aura cependant de l'intérêt pour les débutants qui y trouveront condensées toutes les notions théoriques et pratiques nécessaires pour le traitement dioptrique du strabisme. Signalons plus particulièrement le chapitre où il est question du traitement de l'insuffisance de convergence des myopes et du strabisme divergent permanent. Tous les auteurs, ainsi que le dit M. Le Roux, sont d'avis que les verres concaves ont beaucoup moins d'effet sur la correction du strabisme divergent des myopes que les verres convexes sur le strabisme convergent des hypermétropes. Mais il nous cite des cas où la correction a guéri l'insuffisance. C'est que, en effet, ces strabismes divergents des myopes sont guérissables, mais à la condition que la correction soit faite au début de la déviation. Comme il y a souvent anisométropie, si la correction n'est pas faite à temps, l'œil le plus myope se soustrait à la vision, se porte en dehors et s'habitue à y rester. Aussi voit-on bien peu de strabiques divergents parmi les myopes portant constamment des verres. Chez eux, l'accommodation et la convergence, toujours tenues en haleine, empêchent la déviation. C'est, pour nous, un argument de plus en faveur de la correction totale et précoce de la myopie.

Si, l'année 1863, où fut émise la théorie de Donders et publié le premier travail de Javal sur le traitement dioptrique du strabisme, est une année mémorable au point de vue du sujet qui nous occupe, l'année 1873 ou Cuinier, découvrit la skiaskopie, tiendra aussi une bonne place dans l'histoire de la correction dioptrique du strabisme. Aussi ne reprocherons-nous pas à l'auteur d'avoir donné une place importante dans son travail à la technique de la skiaskopie, qui est bien connue sans doute, mais dont les améliorations pratiques ne sont pas négligeables.

Ainsi, il est accepté de tous les ophtalmologistes, maintenant, depuis que la skiaskopie a permis de corriger exactement et facilement la réfraction chez les enfants, que les strabismes convergents avec bonne vision binoculaire, peuvent, sauf de rares exceptions, être guéris en corrigeant la réfraction totale.

M. Le Roux ne s'est guère étendu sur les cas où la vision de l'œil dévié est mauvaise. Il reconnaît les bienfaits de la louchette et des exercices stéréoscopiques, mais il n'avait pas mis dans son programme de s'en occuper. Pour de plus amples détails sur cette partie intéressante de la question, nous renvoyons à une Revue de ce journal (1901, p. 254.) R. J.

Prof. Hess. — **Contribution à l'étude des images consécutives et de l'achromatopsie totale.** (*Archiv. f. Augenheilk*, 44 III.)

Dans la première partie de ce travail, Hess combat l'opinion de Nagel. Il montre d'abord, que des yeux pathologiques, atteints de choriorétinite et d'achromatopsie, tels que ceux étudiés par Nagel, ne peuvent en aucune façon nous éclairer sur l'état des yeux achromatopes qui ne présentent pas ces altérations. Suivant Hess, on admet dans l'achromatopsie totale la présence d'un scotome central. Hess a montré chez ces achromatopes, qu'ici, comme dans l'œil normal, il se trouve un territoire de la rétine, situé au point correspondant à la vision centrale, qui pour l'œil adapté à l'obscurité est relativement beaucoup moins excitable à la lumière faible que les régions voisines. Hess prétend que la théorie des bâtonnets de Kries doit être abandonnée. Les autres considérations ont trait à des erreurs dans les allégations de Nagel sur les images consécutives.

Majewsky. — **Quelques cas de troubles mentaux consécutifs à l'extraction de la cataracte.** (*Postemp Okulistyczny*, 1901, n° 2.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer à la clinique ophtalmologique du professeur Wicherkiewicz, à Cracovie, quatre cas de troubles mentaux consécutifs à l'extraction de la cataracte. Dans deux cas, il s'agissait simplement d'un empoisonnement par l'atropine, cet alcaloïde ayant été instillé plusieurs fois par jour pour une iritis. Dès que l'on eût cessé l'usage de l'atropine, le délire des malades cessa, et tous les signes d'empoisonnement disparurent. Dans deux autres cas, il s'agissait de folie post-opératoire.

Chez un tailleur de 68 ans, il fallut à son grand mécontentement différer de quelques jours l'extraction de la cataracte; par suite d'un catarrhe assez intense. Celui-ci ayant cédé, l'opération fut faite, mais le malade devint très agité. Bientôt après, cet homme fut en proie au délire de la persécution. Il se plaignait de ce qu'on avait refusé et qu'on ne voulait l'opérer. Il était obsédé par cette manie; ne se laissant pas instiller de gouttes, ni faire de pansement, refusant tout médicament et ne voulant pas rester au lit. Il se plaignait continuellement de ne pas voir de son œil, parce qu'il n'avait pas été opéré. Malgré cela, la guérison suivit son cours normal, et le malade quittait bientôt l'hôpital, sans cependant être délivré de son obsession,

Krause. — **27 résections intra-crâniennes du trijumeau ; résultats.** (*Munchener Med. Wochenschrift* (1901, n^{os} 26-28).

L'extirpation du ganglion de Gasser, dernier remède contre la névralgie du trijumeau, est intéressante à deux points de vue pour l'oculiste : 1° par le danger de la kératite neuroparalytique; 2° par les paralysies musculaires consécutives à cette opération. La protection de la cornée est particulièrement difficile à obtenir quand il se produit une paralysie faciale avec lagophtalmie à la suite de la résection du trijumeau. L'auteur rejette l'atropine et la tarsorraphie, de même que le bandeau protecteur, qui produisent rapidement l'affaissement de la cornée. Il préconise les lotions boriquées, sans essuyer l'œil, et le recouvre au moyen d'un verre de montre que l'on change toutes les 24 ou 48 heures.

C'est ainsi que Krause a traité quatre yeux atteints d'accidents inflammatoires, et dont deux se perdaient sans aucun doute à cause d'une dacryocyste persistante provoquée chez un meunier par la poussière de la farine. Il est intéressant de remarquer que la guérison de l'affection de la cornée s'effectua d'une manière excessivement lente, en comparaison de la même affection sur l'œil normalement innervé, mais en revanche il n'y eut pas de différence dans la guérison; enfin la chance de dan-

ger pour la cornée disparut avec le temps, et les yeux n'eurent finalement plus besoin d'aucune protection.

Les paralysies musculaires se produisent par une pression sur les troncs nerveux, quand l'opérateur ou son aide mettent à nu la cavité de Meckel, en relevant au moyen d'un écarteur le lobe temporal protégé par la dure-mère, et en même temps les trois nerfs que renferme la paroi du sinus caverneux. Le droit externe et le pathétique furent paralysés chacun une fois. Deux fois, il se produisit une paralysie totale ou partielle de l'oculo-moteur commun ; en tout cinq cas qui guérirent tous sans traitement, dans un délai de 12 semaines. En outre, dans un des cas de paralysie partielle de l'oculo-moteur, il se produisit le phénomène curieux de la dilatation très passagère de la pupille du côté opéré, au moment où l'aide enfonçait sa spatule dans la profondeur. Ceci est une preuve que les paralysies sont réellement provoquées par la pression de l'écarteur.

Dr Fritz-Sibour (Dresde). — **A propos du phénomène papillaire de Westphal-Piltz.**

L'auteur combat l'interprétation donnée par Westphal et Piltz du phénomène pupillaire, qu'ils ont décrit presque en même temps et qui consiste en une contraction de la pupille de l'œil correspondant, quand on s'oppose à la contraction de l'orbiculaire. Tous deux avaient considéré ce rétrécissement de la pupille comme un mouvement synergique de la l'occlusion des paupières, identique à la rotation de l'œil en haut qui se produit en même temps. Schanz n'admet pas une origine nerveuse à ce phénomème, mais l'explique mécaniquement.

La pression de l'orbiculaire sur l'œil, qui s'exerce avec le plus de force dans la région de la racine de l'iris, en haut et en bas, produit une stase au niveau de l'iris, et fait naître ainsi mécaniquement la contraction de la pupille. La réaction de la pupille à la lumière cache en général ce phénomène sur l'œil normal, et apparaît plus facilement sur les pupilles qui ne sont pas normales, et en particulier à demi-dilatées. Chez les tabétiques qui présentent du myosis, il est plus difficile à déceler que chez les paralytiques.

Dr Hilbert. — **Sur les altérations de l'appareil visuel dans la sclérose en plaques. Un cas nouveau.** (*Memorabilien*. 22 août 1901.)

L'auteur rappelle d'abord les altérations de l'appareil visuel, observées jusqu'ici dans la sclérose disséminée : paralysies musculaires, nystagmus, inflammation et atrophie du nerf optique, section et altération du sens des couleurs.

Le nouveau cas a trait à un homme de 53 ans, qui souffre depuis 8 ans déjà d'une affection grave du système nerveux, tremblements violents dans les mouvements volontaires, s'étendant à tout le système musculaire, altérations articulaires, faiblesse des extrémités. Subitement, un violent tremblement des yeux, avec apparition de serpents de feu se montrent chez ce malade, le champ visuel s'obscurcit. On constate un nystagmus a excursions moyennes, mais rien de particulier au fond de l'œil.

L'auteur attribue ces altérations à la formation d'un nouveau foyer de sclérose dans la couronne rayonnante. L'accès disparut sous l'influence d'inhalations de nitrite d'amyle.

Dr O. Lange. — **Insertion anormale du nerf optique.** (*V. Graefe's Arch.* 57. II.)

L'œil gauche d'un jumeau de 6 mois, du sexe masculin, présente pour ce stade un développement entièrement normal des paupières, du sac conjonctival, de la cornée, de l'iris, de l'angle irido-cornéen, et du cristallin. La rétine montre quelques altérations cadavériques. Le nerf optique entre dans l'œil, venant du côté nasal et formant presqu'un angle droit avec l'axe sagittal de cet organe ; puis il traverse les membranes en un long canal, et faisant un angle aigu ouvert du côté du nez, se termine enfin en formant un cône proéminant dans le corps vitré, et émet ses fibres dans la couche des fibres nerveuses de la rétine. L'artère hyaloïde s'étend sagittallement de la papille au pôle postérieur du cristallin, de sorte qu'à côté de l'insertion anormale à angle aigu du nerf optique, se trouve une autre papille située au centre de l'œil.

L'auteur ne donne aucune explication sur le parcours intra orbitaire du nerf optique, ainsi que sur l'œil droit.

Les yeux de l'autre jumeau étaient normaux.

KLEINERTZ (Stuttgard). — **Un cas de rupture probable de kyste ovarique pendant l'accouchement.** (*Centralblatt. für Gynécologie*, n° 38.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans, morte de péritonite septique, quelques jours après l'accouchement. Au moment de l'accouchement, il n'y eut pas d'intervention opératoire ; seule une sage-femme peu soigneuse assista la parturiente. Dans l'histoire de la malade, un fait est à retenir, c'est que la patiente avait consulté, un an auparavant, le professeur Koenigshoefer pour une affection oculaire. Ce dernier avait constaté une embolie dans une branche de l'artère centrale de l'œil gauche. Le cœur et les poumons étant sains, le professeur Königshoefer pensa de suite à une tumeur située en un point quelconque du corps et conseilla à la malade de se faire examiner. Celle-ci n'en fit rien, de plus, elle ne tint aucun compte du conseil qui lui avait été donné de ne pas se marier ; — en effet, quelques semaines après, elle se mariait. Bientôt elle était enceinte. Au début ; elle eut des douleurs dans la partie droite du ventre, mais comme ces dernières ne persistèrent pas, la femme n'alla pas consulter. La grossesse évolua normalement, et l'accouchement se fit bien. Mais la femme présenta des symptômes de septicémie ; elle avait une rupture du périnée que la sage-femme cacha, et trois jours après, lorsque je la vis, son état était grave. La malade transportée à l'hôpital, je dus extraire des restes placentaires, mais je ne pus trouver la cause d'une matité siégeant dans les régions sous-ombilicale et inguinale gauches. Cette femme mourut 5 jours après l'accouchement. L'expertise médico-légale montra un kyste de l'ovaire gauche long de 25 cm. et large de 18 cm. Il était à présumer que le kyste s'était rompu sous l'influence des contractions au moment de l'accouchement.

La justice attribua la mort à une infection probable, due au mauvais état du vagin et de l'utérus. Malgré la déchirure du périnée et les débris placentaires restés dans l'utérus, la sage-femme fut acquittée — et les choses en restèrent là, à cause de la rupture du kyste. Cette observation est intéressante par ce fait qu'un kyste de l'ovaire, décelé par l'autopsie, avait été diagnostiqué un an auparavant par le prof. Konigshoefer, au moyen de l'examen ophtalmoscopique (embolie d'une branche de l'artère centrale.) F. A.

Dr FRITZ MENDEL (Berlin). — **Sur le pronostic des opérations antiglaucomateuses.** (*Berliner. Klin. Wochensch*, 1902, n° 4).

Mendel publie la statistique de (1894-1901) des cas de glaucome de la clinique de Hirschberg. Pendant ce laps de temps, 258 yeux glaucomateux appartenant à 234 patients furent traités : 73 yeux étaient atteints de glaucome aigu, 35, de glaucome chronique, 85 de glaucome simple, 54 de glaucome secondaire, 9 présentaient une élévation de tension datant de la naissance. 8 yeux furent traités par la physostygmine avec un résultat excellent, en sorte qu'il ne fût pas nécessaire d'intervenir. L'iridectomie fut faite 216 fois ; en outre, la sclérotomie fut aussi employée, et l'énucléation pour les yeux causes de douleurs intolérables.

Les résultats sont les suivants : Dans les cas de glaucome aigu : guérison ou amélioration relative dans 82,20/0 des cas ; 12,30/0 des cas ne furent pas améliorés ; 5,4 0/0 des yeux furent énucléés. Pour le glaucome chronique inflammatoire, on relève les chiffres suivants : 77,1 0/0 ; 17,10/0 ; 5,70/0 ; pour le glaucome simple : 75,80/0 ; 19,5 0/0 ; 4,6 0/0 ; pour le glaucome secondaire : 50,0/0 ; 12,9 0/0 ; 37,00/0. Dans le cas d'élévation de la tension, datant de la naissance, il y eut deux fois amélioration de l'acuité visuelle une fois énucléation à cause de la dégénérescence complète du globe, et des douleurs intolérables ; les autres cas ne furent pas suivis.

Dr KUNN. — **Contribution à l'étude de l'amblyopie ex anopsia.** (*Wiener Klin. Rundschau*, 1901, n° 41.)

Kuhn étudie 3 cas, lesquels à son avis démontreraient que le manque d'usage d'un œil pendant plusieurs années ne peut pas diminuer l'acuité visuelle, et que, d'autre part, un tel œil appliqué à la fixation pendant un certain temps ne peut recouvrer une meilleure acuité. Dans un premier cas, l'exclusion à la vision pendant près de 6 ans d'un œil strabique n'avait causé aucun dommage à cet œil. Dans un second cas, l'acuité visuelle d'un œil qui n'avait pas pris part à la vision binoculaire pendant plus de six ans, n'avait pas changé du tout. Le troisième cas concerne un œil strabique qui depuis 27 ans n'a pas servi à la fixation ; l'autre œil étant devenu aveugle, il fut exclusivement employé à la

fixation ; après avoir été ainsi exercé pendant un an, son acuité visuelle n'avait pas varié.

F. A.

Dr Paul Knapp. — **Sur quelques cas de colobome du nerf optique.** (*Arch. f. Augenheilk*, 43, IV.)

L'auteur décrit l'image ophtalmoscopique de l'œil microphtalme d'une jeune fille de 16 ans dont l'acuité visuelle est de 2/7, et le résultat de l'examen microscopique de deux yeux de lapin. Ces trois yeux présentaient un colobome typique du nerf optique, et l'auteur explique la formation du colobome par un élargissement cystiforme de la sclérotique dans le voisinage de l'entrée du nerf optique. Le colobome ne serait donc qu'un kyste scléral, ou une cavité produite par le manque de développement du tissu mésodermique de la scléro-choroïde en cet endroit. Il est possible qu'une pression sur le globe consécutive à une diminution du liquide amniotique ait pu arrêter en cet endroit la fermeture de la gouttière optique et donner ainsi naissance au colobome et à la formation d'un kyste.

F. A.

M. Sachs. — **Contribution à la chirurgie oculaire.** (*Zeitschrift für Augenheilkunde*. B, VII. 1.)

I. Sur la libération des synéchies antérieures après trépanation de la cornée. — Sachs recommande la trépanation de la cornée pour la libération des synéchies antérieures. Il trépane une petite parcelle de la cornée de façon qu'une partie de la région trépanée adhère encore à la cornée, ce que l'on obtient par l'application oblique du trépan ; on relève le volet au moyen d'un petit crochet pointu, et l'on sectionne l'iris à une certaine distance de la face postérieure de la cornée, cette membrane se rétracte ensuite. On débarrasse le lambeau cornéen des parties iriennes adhérentes, puis on le remet en place.

II. Sur l'extirpation de corps étrangers intraoculaires au moyen de lampes de contact. Sachs a fait des recherches pour savoir si ce mode d'éclairage pouvait permettre de déceler avec certitude des corps étrangers intraoculaires. Il croit pouvoir recommander chaudement cette méthode. Lui-même, n'ayant eu qu'une seule fois l'occasion de l'employer sur le vivant, a trouvé le corps étranger directement sous la plaie opératoire.

III. Remarque à propos des autoplasties. L'auteur croit que la rétraction qui suit les autoplasties ne vient pas du lambeau superficiel, mais de la profondeur. Il emploie dans ses opérations un lambeau épidermique pris sur le bras. Comme instrument, il se sert de la lance à iridectomie. Le lambeau est d'abord circonscrit, puis la surface de la lance étant légèrement inclinée vers la face supérieure de la couche superficielle de l'épithélium, le lambeau est prélevé en dirigeant l'incision dans la couche profonde.

Prof. Ernest Fuchs (de Vienne). — **Sur la kératite annulaire et la kératite en disque** (*Keratitis annularis et disciformis*). (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkund*, juillet 1901.)

La kératite annulaire a été décrite pour la première fois par Vossius, qui en fit une variété de la kératite parenchymateuse. Des communications ultérieures de Pfister, et en particulier de Grunert, signalent une forme de kératite annulaire, identique à l'abcès sec décrit par Arlt et, plus tard, par Fuchs. Contrairement à la kératite annulaire, où la cornée présente une infiltration qui par sa confluence forme un anneau central fortement opaque, et dont le milieu est transparent, cet anneau se rétrécissant concentriquement et progressivement pour devenir petit comme une tête d'épingle, cette autre kératite présente un disque légèrement grisâtre, qui envahit partiellement le milieu de la cornée, et est nettement limité du côté des parties transparentes périphériques, par un bord fortement gris ; au-dessus de lui la surface de la cornée est terne et insensible. Dans le cours de l'affection, qui dure ordinairement quelques mois, de petites ulcérations se produisent, et, le plus souvent, il reste un trouble assez notable. Fuchs propose de donner à cette affection le nom de kératite disciforme, parce que le nom de kératite annulaire a déjà été donné d'autre part, et ensuite parce qu'il ne s'agit pas ici d'un anneau gris, mais d'un disque gris siégeant dans la cornée. L'auteur propose de classer la kératite disciforme entre l'ulcère serpigineux et les ulcères plats consécutifs à l'herpès de la cornée. Ces trois kératites sont causées par une infection de la cornée après une brèche de la cor-

née ; elles diffèrent en ce que le processus agit plus ou moins profondément, avec ou sans destruction du tissu. Ce fait s'explique probablement par l'action différente, mais inconnue encore des bactéries causes de l'inflammation. F. A.

HIRSCHBERG. — **Sur les mouvements de la papille dans les inflammations graves du nerf optique.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1901, p. 47.)

Hirschberg attire l'attention sur un symptôme papillaire peu observé, et qui a son importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Quand chez une personne bien portante on cache un œil, aussitôt se produit une dilatation moyenne de la pupille de l'autre œil ; cette dilatation est d'environ 1 mm. pour un diamètre, pupillaire moyen de 3-4 mm.

Mais si on cache l'œil sain, l'autre œil étant entièrement aveugle par suite d'une interruption dans la conductibilité du nerf optique, la pupille de l'œil aveugle se dilate d'une manière très notable ; elle ne se contracte pas du tout quand la lumière frappe cet œil.

Une jeune fille de 25 ans, anémique, qui avait déjà souffert auparavant de troubles hystériques de la vue, se plaint, le 2 mai, d'une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit ; la réaction pupillaire étant normale, on pense de nouveau à une affection hystérique.

Hirschberg constate le 5 mai, lors de la première consultation, une perte complète de l'acuité visuelle de l'œil droit.

Examen ophtalmoscopique négatif, — les deux pupilles ont une dilatation moyenne ; quand on cache l'œil gauche, la pupille droite se dilate brusquement, dans l'espace de 1 à 2 secondes, pour atteindre un diamètre de 8 mm. et se contracter de nouveau quand la lumière frappe l'œil gauche. D'après ces faits, Hirschberg diagnostique une inflammation du nerf optique droit, derrière le globe. Cette dernière fut guérie par le traitement. Le 9 mai, les premiers signes de l'inflammation étaient visibles à l'ophtalmoscope. Le 13, on obtient d'abord, par une excitation lumineuse sur l'œil droit, une contraction moyenne de la papille droite, dilatée par l'occlusion de l'œil gauche. Le 17, la vision reparaît. Le 21, V = les doigts à 4 mètres. Champ visuel d'étendue normale, scotome central. Le 31, V = 5/2 ; dilatation physiologique des papilles. Si l'inflammation aiguë du nerf optique guérit, en laissant après elle une forte diminution de l'acuité visuelle, la dilatation de la pupille tient le milieu entre la dilatation physiologique et la dilatation pathologique. C'est ainsi que, par exemple, dans une inflammation du côté gauche, quand on cache l'œil droit, la pupille gauche se dilate pour atteindre un diamètre de 6 mm., et réagit paresseusement à la lumière directe ; la papille de l'œil droit, quand on cache l'œil gauche, ne se dilate que de 5 mm. et réagit très rapidement à la lumière directe.

F. A.

Tous les mercredis à 1 h. 1/2, à la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, le Dr DARIER *fait son cours de thérapeutique oculaire basé sur les découvertes les plus récentes.* — Inscription gratuite.

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et Échantillon sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMAITE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56